



**Zaświadczenie lekarza POZ/lekarza rehabilitacji  
o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w projekcie  
pn. „Zdrowi i aktywni w pracy”**

Zaświadczam o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udziału

Pana/Pani..... ur. ....  
imie i nazwisko data urodzenia

zamieszkałego/ej w .....  
adres zamieszkania

w działaniach przewidzianych w ramach projektu pn. „Zdrowi i aktywni w pracy” obejmujących:

- masaże klasyczne/lecnicze
- konsultacje dietetyczne
- zajęcia fizyczne w obiektach sportowo-rekreacyjnych.

.....  
data, miejsce i podpis lekarza POZ/lekarza rehabilitacji medycznej

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia fizjoterapeucie dla potrzeb udziału w projekcie pn. „Zdrowi i aktywni w pracy” skierowanym do pracowników Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu